

Päihdeongelmaisten hoitoonohjaus Suomessa ja Norjassa

Toivo Pöysä

Päihdeongelmaisen henkilökohtainen tukimies kivahtaa: "Olet kertakaikkiaan mahdoton kaveri, ei sinua pysty auttamaan. Olen tehnyt kaiken mahdollisen viimeisen puolen vuoden aikana, mutta nyt se on lopussa. En jaksa enää." Ja ongelmainen vastaa: "Olenko minä todella niin kelvoton ihminen, että sinäkin minut hylkää?" — Tämäntapainen keskustelu on mahdollista Norjassa, jossa päihdeongelmaisten avohoito tapahtuu työpaikalla ja tukeutuu paljolti alkoholiongelmaisen henkilökohtaisen tukimiehen apuun. Edellä kuvatussa tapauksessa tukihenkilö oli kokenut tehtävänsä toivottomaksi ja iski niin sanotusti "rukka-set" pöytään. Tämä toimenpide — niin kerrottiin — oli viimeinen pisara myös autettavalle. Hän meni lopultakin itseensä ja raitistui pysyvästi.

"Alkoholin väärinkäyttö alkaa tekemisen puutteesta — kyvyttömyydestä täyttää vapaa-aika mielekkäillä harrastuksilla." Näin kirjoittaa Neuvostoliiton päihdehuoltoviraston johtaja Eduar Babajan. — Voimakas maaltapako, teollistuminen, lisääntynyt vapaa-aika, yksitoikkoinen ja pakkotahtinen työ ja sen mukanaan tuoma yleinen turhautuminen ovat myös niitä yleisimmin mainittuja syitä, jotka ovat vauhdittaneet ja lisänneet alkoholin kulutusta. Tämä kehitys on tyypillistä kaikille teollistuneille maille yhteiskuntajärjestyksestä riippumatta.

Tiedot Norjan käytännöstä ja kokemukset perustuvat kirjoittajan kolmeen eri tutustumis- ja opintomatkaan Norjassa, viimeksi ryhmämatkaan huhtikuussa 1979.

Hoitoonohjauksen kehitys Suomessa

SAK ja STK allekirjoittivat joulukuussa 1972 päihdeongelmaisten hoitoonohjausta koskevan suosituksen. Muut keskusjärjestöt allekirjoittivat vastaavan suosituksen hiukan myöhemmässä vaiheessa. Työmarkkinajärjestöjen suositusta täydennettiin vuonna 1976, jolloin ns. sosiaalipakettiin liitettiin hoitoonohjausmalli. Valtioneuvosto antoi maaliskuussa 1976 ohjeen päihteiden haittatekijöiden vähentämiseksi valtionhallinnossa. Vuonna 1978 työsuojelun keskustoimikunnan työvaliokunta asetti pysyvän päihderyhmän, joka työskentelee yhteistyössä Työturvallisuuskeskuksen kanssa päihdehaittojen vähentämiseksi työpaikoilla. Päihderyhmässä on edustaja kaikista ao. työmarkkinajärjestöistä valtiovaltaa lukuun ottamatta.

Työturvallisuuden teemapäivillä tammikuussa 1980 esiteltiin päihderyhmän vastavalmistunut tiedotus- ja koulutusaineisto, jonka avulla pyritään yhtenäistämään ja selkeyttämään työpaikoilla tapahtuvaa hoitoonohjaustoimintaa. (Tästä tiedotus- ja koulutuspaketista on arviointi toisaalla tässä lehdessä.) Tunnusomaisista näille hoitoonohjausmalleille Suomessa on kuitenkin se, että työelämän päihdehaittoja yritetään ratkoa ns. kaksijalkaperiaatteella eli pelkästään työmarkkinatasolla ilman valtiovaltaa. Näin ollen meiltä puuttuu kokonaan hoitoa edustava ja ohjaava osapuoli eli sellainen organisaatio, joka pystyisi vastaamaan niitä työpaikkojen tarpeita, jotka koskevat hoitoonohjausta yleensä, informaatiota,

työpaikkakohtaista koulutusta.

Tarkasteltaessa hoitoonohjaukseen liittyvää kehitystä 70-luvun Suomessa voidaan todeta, etteivät työmarkkinajärjestöjen toimenpiteet ole tyydyttäneet työpaikkojen tarpeita. Pahiten on hoitoonohjaus työpaikoilla tukehtunut koulutuksen puutteeseen. Varsinkin esimiesten ja työnjohdon koulutus on näyttänyt tuottavan ylivoimaisia vaikeuksia, vaikka heidän osuutensa hoitoonohjauksessa on erittäin ratkaiseva. 1970-luvun alussa, jolloin työmarkkinajärjestöjen suositukset allekirjoitettiin, uskottiin siihen, että juomiskierteessä olevat henkilöt hakeutuvat hoitoon omasta halustaan, vapaaehtoisesti tai työtoverin ja yhdyshenkilön kehotuksesta välttääkseen kuritoimia ja työstä erottamisen. Kokemusten perusteella on pakko myöntää, että tämä usko oli toiveajattelua. Ongelmajuoajat jatkavat juomistaan aina siihen asti, kunnes joutuvat kuritoimien kohteeksi. Piakkoin julkaistavan alkoholiongelmaisten seurantatutkimuksen mukaan 74 hoitoonohjatusta vain *kaksi* tuli hoitoon omasta aloitteestaan (Leena Rautanen-Saari). Näin ollen hoitoonohjaus tavoittaa meillä valtaosan ongelmajuoajista todella pahasti myöhässä eli useimmiten vasta lopputilin uhatessa.

Työpaikkojen ilmapiiri ei ole siis tyydyttävässä määrin muuttunut väärinkäyttöä torjuvaksi ja hoitoonohjausta suosivaksi. Väärä suojelu jatkuu. Informaation ja koulutuksen puutteesta johtuen työpaikkojen ammattiosastot ja työnantaja saattavat olla myös eri mieltä hoitoonohjauksen tavoitteista ja menetelmistä. "Hoitoonohjaus on kuitenkin niitä harvoja toiminta-alueita, joilla työntekijät ja työnantaja voivat vetää varauksetta yhtä köyttä, sillä hoitoonohjauksesta hyötyy kumpikin osapuoli." Näin totesi erään suuren yrityksen pääluottamusmies koulutusvaiheen jälkeen. Hoitoonohjauksen ensimmäinen kynnyks on ylitetty silloin, kun työpaikan vaikuttajaryhmät, työnantajan ja työntekijäpuolen edustajat, ovat päässeet asioista yksimielisyyteen.

Hoitoonohjauksen vaikeuksia

Hoitoonohjausmallien heikkoutena on ollut myös se, että useilla suurillakin työpaikoilla vallitsee epätietoisuutta siitä, kenelle kuuluu vastuu hoitoonohjauksesta, informaatiosta ja koulutuksesta. Ja jos vastuuta ei ota kukaan, eivät asiat edisty. Mutta jos yrityksen piiristä löytyy yksikin vaikutusvaltainen henkilö, joko lääkäri, työterveydenhoitaja, sosiaalipäällikkö, työsuojelupäällikkö tai henkilöstöpäällikkö, joka on asiasta kiinnostunut, tilanne paranee heti. Kuitenkin on yrityksiä, joissa asia ei kiinnosta ketään, ei edes ammattiosastoja. Yleensä on lähdetty siitä, että asian tulisi kuulua työsuojelutoimikunnalle. Sillä näyttää kuitenkin olevan usein niin paljon muita asioita hoidettavana, että päihdeongelmiin liittyvät asiat jäävät helposti niiden jalkoihin. Varsinainen hoitoonohjaus tapahtuukin useimmiten vasta todellisessa kriisivaiheessa, jolloin ilmapiiri on työpaikalla jo niin kireä, että tilanteesta ja sen ratkaisusta kehittyy helposti eri osapuolten välinen arvovaltakysymys. Usein joudutaan etsimään kompromissia ja päädytään ratkaisuun: "Työsuhde jatkuu, jos menet laitokseen ja tulet raittiina takaisin." Tässä tilanteessa Järvenpään sosiaalisairaala tai jokin muu laitos kirjaa itselleen "vapaaehtoisen" hoitoontulijan, joka saapuu laitokseen työnantajan pakkotamana, ilman käyntiä avohoidossa, ilman työpaikan tukitoimia ja ilman vähäisintäkään hoitohalukkuutta ja -motivaatiota. Vaikka lyhytkestoinen laitoshoido pystyisikin vaikuttamaan hoidettavaan myönteisesti, kariutuu tilanne yleensä siihen, ettei laitoksesta lähdön jälkeen kukaan huolehdi jatkohoidosta. Ja jatkohoidon puuttuessa tilanne ajautuu useimmiten uuteen ryyppykierteseen, josta seuraa sittemmin lopputili ja juomiskierteen jatkuminen entistä rajuimpana. Tämä voitaisiin estää tehokkaalla jälkihoidolla, joka käsittäisi esimerkiksi työpaikan tukitoimia ja yhteistyötä hoidettavan ja tämän perheen kanssa.

Parhaiten näyttää hoitoonohjaus vaikiintuneen suurilla ja keskisuurilla työpaikoilla. Kun päihdeseminaareissa kysyy myönteisiä tuloksia hoitoonohjauksesta, nousee noin joka kymmenes käsi pystyyn. Pahiten ovat jääneet jalkoihin pienet yritykset, joissa hoitoonohjaus on paljolti kiinni työnantajan kiinnostuksesta asiaan. Seuraavassa pari esimerkkiä:

Varsinais-Suomesta kerrottiin eräästä työnantajasta, joka hoiti yrityksen päihdeongelmat mielestään tehokkaasti siten, että erotti kertaheitolla kaikki kymmenen työntekijää, jotka olivat syyllistyneet alkoholin väärinkäyttöön.

Toinen päihdeseminaarissa tapaamani pienyritystäjä kertoi tähän tapaan: "Minulla on työssä erittäin pätevä ammattimies, joka vuosia sitten alkoi käyttää alkoholia erittäin runsaasti. Rankka juominen jatkui noin viitisen vuotta ja aloin olla huolissani hänestä. Päätin yrittää keskustelua hänen kanssaan tästä arasta aiheesta. Ja meidän puhuimme ja puhuimme. Käytin kaiken arvovaltani ja taivuttelukykyni, mitä minulla työnantajana on, ja niinhän siinä kävi, että kaverista tuli täysin raitis ja hän on edelleenkin palveluksessani. Nyt sattui kuitenkin vähän aikaa sitten vastaavanlainen tapaus, mutta siinä ei puhutteluni auttanut, joten vedin vesiperän. Häntä en pystynyt auttamaan ja kaveri on nyt lopputilin jälkeen kuulemma pahassa alamäessä. Tulin kuitenkin siihen tulokseen, että minulta puuttuu varmasti myös taitoa tällaisten vaikeiden tapausten selvittämiseen ja juuri siksi tulin tänne päihdeseminaariin. Ja alan olla vakuutunut siitä, että koko yrityksen henkilökunta kannattaa informoida tästä asiasta. Ihmettelen vain sitä, että näytän olevan ainut pienyrityksen edustaja tässä seminaarissa."

Hoitoonohjaus Norjassa

Norjan ammattijärjestöjen keskusjärjestön ja Norjan työnantajajyhdistyksen toimesta perustettiin vuonna 1963 yhteistyöjärjestö AKAN (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani), jolle on keskitetty kaikki työelämän päihdeongelmiin liittyvät tehtävät. AKAN:in ylimmästä päätösvallasta vastaa viisihenkinen komitea, jonka jäsenistä kaksi edustaa työntekijöitä, kaksi työnantajia ja yksi valtiovaltaa. Yhteistyöjärjestön käytännön toiminnasta huolehtii viisihenkinen sihteeristö, jonka jäsenistä kaksi on kenttätöyöhön perehtynyttä, työpaikkojen informaatioon ja koulutukseen osallistu-

vaa sosiaalikon­sulenttia.

Norjassa vastaa siis hoitoonohjauksesta ja siihen liittyvästä koulutuksesta työmarkkinajärjestöjen ja valtiovalan muodostama kolmijalka, AKAN. Valtiovalta, joka rahoittaa puolet tämän yhteistyöjärjestön kustannuksista, huolehtii lähinnä siitä, että hoitotavoitteet ja -näkökohdat yhteiskunnan kokonaisuutena ajatellen otetaan riittävästi huomioon sen toiminnassa. Norjassa onkin kyse pikemmin hoitoonotosta ja hoidosta kuin hoitoonohjauksesta.

AKAN on edennyt paikkakuntaakohtaisesti. Sosiaalikon­sulentit ottavat ensimmäiseksi yhteyttä yrityksen johtoon ja työpaikan ammattijärjestöihin. Tiedotus ja koulutus alkavat täten ylhäältä alaspäin. Ensimmäisenä tavoitteena on kouluttaa tukiryhmät kuten työnjohto, esimiehet, luottamusmiehet ja työsuojeluhenkilöstö sekä tietenkin työterveyshenkilökunta. Tämän jälkeen koulutusta jatketaan niin kauan, kunnes koko yrityksen henkilökunta on saanut vähintään kahden tunnin mittaisen tietoiskun asiasta. Koulutus tapahtuu työaikana ja työnantajan kustannuksella. Koulutusvaiheen jälkeen työpaikalle nimetään AKAN:in toimikunta ja pääyhdyshenkilö. Varsinaisesta hoitoonohjauksesta vastaa kolmihenkinen työryhmä, joka muodostuu lääkäristä, luottamusmiehestä ja yhdyshenkilöstä.

Työpaikoilla, joilla on omat terveysasemat, kantaa hoitoonohjauksesta vastuun edellä mainittu työryhmä, mutta hoitopalveluista ja hoidon seurannasta ja valvonnasta huolehtii ja vastaa yrityksen lääkäri. Pienemmissä yrityksissä vastuu on AKAN:in kouluttamalla yhdyshenkilöllä ja hoitovastuu on sillä terveysasemalla, josta muutkin terveyspalvelut ostetaan. Yrityksen yleisen koulutusvaiheen jälkeen alkaa tukihenkilöiden etsintä ja koulutus. Norjan yleisradiosta kerrottiin, että tukihenkilöiden löytäminen tuotti aluksi vaikeuksia. Koulutusvaiheen jälkeen tukihenkilöverkosto on kuitenkin kasvanut niin, että heitä on nykyisin jo enemmän kuin päihdeongelmaisia. AKAN järjestää tukihenkilöille viikon

mittaisen koulutuskurssin, jonka työnantaja kustantaa. Avohoito tukeutuu erittäin voimakkaasti juuri tukihenkilöiden toimintaan, koska heidän apunsa yltää myös vapaa-aikaan, viikonloppuihin ja perhetasolle.

Norjalaiset eivät ole kompastuneet päihdeongelmaisen hoidossa luottamuspulaan. AKAN:in ohje työpaikoille on sanomaltaan selkeä. Silloin kun päihdeongelma paljastuu työpaikalla, eikä ao. ongelmainen ole hakeutunut hoitoon omasta aloitteestaan, on ongelmaan suhtauduttava avoimesti ja päättävästi. Asiaan on tartuttava välittömästi ennen kuin tilanne pahenee. Jos alkoholin väärinkäyttö vaarantaa työsuhteen säilymisen, on hoidon tavoitteena oltava täydellisen raittiuden. Hoitoonohjaus merkitsee useimmiten kirjallista hoitosopimusta. Sopimuksen mukaan hoitokäyntien seuranta ja valvonta ovat osa hoitoa, ja hoitoonohjattu sitoutuu vastaamaan mahdollisista laiminlyönneistään. Norjalaiset ovat kuitenkin oivaltaneet, etteivät uudet harrastukset, uusi elämäntapa ja raitis vaihtoehto synny tyhjästä ilman tukitoimia, opastusta ja koulutusta. Norjalaiset tähdentävät myös sitä, etteivät kuritoidet saa yllättää päihdeongelmaista. Tämäkin vaihtoehto on tehtävä selväksi jo alusta pitäen. Retkahdukset siedetään, mutta niitä seuraa aina tilanteen tarkistus. Hoidossa olevaa ei kuitenkaan hevillä hylätä. Vakavaa puhuttelua, taivuttelua ja erilaisia tukitoimia ja opastusta jatketaan mahdollisimman pitkälle. Silloinkin kun mikään ei tunnu auttavan, tarkistaa työpaikan henkilöstöpäällikön, lääkärin ja yhdysmiehen muodostama raati vielä kerran tilanteen ennen mahdollista työstä erottamista. Irtisanottu työntekijä joutuu ns. hoitolomalle. Hänellä on mahdollisuus palata myöhemmin työhön, jos hänellä on näyttöä pitkäkestä raittiudesta kaudesta. Paluun jälkeen työsuhte jatkuu kuitenkin aluksi määräaikaisena kuukauden tai kaksi kerrallaan, kunnes luottamus palautuu.

Pysyvät ja hyvät hoitotulokset näyttävät pohjautuvan Norjassa tiheään ja

monipuoliseen hoitokontaktiin. Niinpä Norjan yleisradiosta kerrottiin, että heillä on annettu kahdeksan viime vuoden aikana ainoastaan yksi lopputili päihdeongelman vuoksi.

Työpaikka-alkoholismien hoito on Norjassa nykyisin arvostettua ja vakiintunutta. Kolmijalkaperiaatteelle rakentuvasta järjestelmästä on hyötyä kaikille osapuolille, niin työntekijöille, työnantajalle kuin valtiovallallekin.

Tehostettu hoitokokeilu Suomessa

Vuoden 1978 aikana Suur-Helsingin alueella pidetyissä päihdeseminaareissa todettiin usein, että hoitoonohjaus on täysin järjestämättä monilla suurillakin työpaikoilla. Seminaareissa virinneiden keskustelujen tuloksena nimettiin sittemmin työryhmä, jonka tehtäväksi tuli pohtia, miten asiassa voisi edetä. Työryhmä on kehittänyt nyt yhteistyöhankkeen nimeltä *päihdeongelmaisen porrastettu kuntoutusprosessi*. Hankkeessa on mukana 11 suurta työpaikkaa ja Suur-Helsingin alueella sijaitsevat avohoitopaikat ja laitokset, kuten esim. Järvenpään sosiaalisairaala ja Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos. Hanke käynnistyi tämän vuoden alusta.

Keskeisimpänä tavoitteena on koota työpaikan, hoitopisteen ja ongelmajuojan perheen voimavarat rakentavasti yhteen. Käytäntö on, että hoitoketjuun ohjautuva henkilö joutuu allekirjoittamaan työpaikallaan 12 kuukautta kestävä hoitosopimuksen. Hoitosopimus syntyy ryhmäpuhuttelun tuloksena, jonka suorittavat työterveyshoitaja, luottamusmies ja lähin esimies. Sopimus edellyttää erilaisia tukitoimia sekä hoidon seurantaa ja valvontaa. Varsinainen hoitosuunnitelma tehdään lähimmässä avohoitopaikassa. Hoitoketjussa pyritään hoitopalveluja säätämään kunkin asiakkaan henkilökohtaisten tarpeiden mukaisesti. Sosiaalisairaala kuntouttaa asiakkaan tarvittaessa avohoitokelpoiseksi.

Hoitoonohjaustilanteen parantamiseksi muutamat yritykset ovat palkanneet

oman terapeutin, jonka vastuulla on henkilökunnan päihdeongelmien hoito.

Piakkoin julkaistava, kahdesta yrityksestä tehty seurantatutkimus osoittaa, että mahdollisimman hyvä ja pysyvä hoitotulos syntyy silloin, kun hoito on sopimukseen perustuvaa, pitkäjänteistä

ja tukitoimin varmistettua. Yhteistyö työpaikan, hoitopaikan ja ongelmajuojan perheen kanssa ei saa olla sattumanvaraista, vaan sen on oltava olennainen osa hoitotapahtumaa. Hoidon seuranta ja valvonta on myös ymmärrettävä osaksi hoitoa (Leena Rautanen-Saari).

Alkoholipolitiikka Vol. 45:23—27, 1980